Conjunctivitis Parinaud.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Krebs,
approb. Arzt
aus Kolosomp (Kr. Stahm in Westpr.)

LEIPZIG
Druck von Bruno Georgi
1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 28. März 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sattler.

Dem Andenken der teuren Eltern
gewidmet.

Seit den letzten 2 Jahren hat man jenem eigenartigen Krankheitsprozesse der Augenbindehaut, die zuerst von Parinaud im Jahre 1889 in ihrem klinischen Verlaufe eingehend beschrieben wurde, wiederum mehr Aufmerksamkeit zugewendet. Obwohl das interessante Krankheitsbild der Parinaudschen Conjunctivitis seit 2 Jahrzehnten in mehreren Beschreibungen in der Literatur, namentlich der französischen und englischen Literatur vorkommt, ist es doch nicht Allgemeingut der medizinischen Welt geworden. Zwar hat Chaillons im Jahre 1904 unter ausführlicher Mitteilung von 13 Fällen insgesamt 20 Fälle bekannt gegeben. Da jedoch meines Wissens bis dahin in Deutschland 2 Fälle dieser Krankheit nur durch kurze Zitate zur Publikation kamen, blieben die einzelnen Fälle in der Literatur und die ausführliche Arbeit von Chaillons über die Conjunctivitis Parinaud den deutschen Aerzten zum grossen Teile vollständig bis dahin unbekannt. Aus der geringen Zahl der bekannt gewordenen Fälle zu schliessen, darf man zu der berechtigten Annahme kommen, dass genannte Krankheit zu den seltensten auf dem Spezialgebiete gehört. Die Kenntnis und Erkenntnis des klinischen Bildes der Conjunctivitis Parinaud wird auch voraussichtlich vielen diagnostischen Irrtümern vorbeugen, weil genannte Krankheit dem follikulären (granulösen) Trachom und der 4. Form

der Konjunktivaltuberkulose (der papillarhypertrophischen) der bekannten Sattlerschen Formen morphologisch nahe steht. Die 3 Fälle aus der Leipziger Universitäts-Augenklinik, deren Publizierung Herr Geheimrat Prof. Dr. Sattler mir gütigst überliess, dürften gerade deshalb von besonderem Werte sein, als sie mit den anderen Fällen aus der Literatur zusammen bekannt gegeben geeignet sein dürften auch die Aerzte Deutschlands anzuregen dieser interessanten Krankheit mehr Beachtung und Würdigung zu schenken. Wie bereits gesagt werde ich ausser den 3 Fällen aus der Leipziger Klinik sämtliche anderen Fälle, soweit mir die Literatur zur Verfügung stand, in angänglicher Kürze bekannt geben.

1. Fall aus der Leipziger Klinik: C. B., 39 Jahre alt, kommt am 21. VI. 05 in die Klinik. Seit 4 Tagen Entzündung des rechten Auges (er glaubt, es sei ihm etwas ins Auge geflogen). Früh morgens ist das Auge verklebt. Er hat zu Hause das Auge gekühlt und aufgeweichte Semmel auf das Auge aufgelegt. Vom Arzte Umschläge mit sommerwarmen Wasser verordnet und Tropfen, wahrscheinlich Atropin bekommen. Seit gestern auch das linke Auge gerötet und verklebt, sonst ist Patient gesund, Tripper wird in Abrede gestellt.

Befund: Rötung und Schwellung des Lides, Schwellung und Druckempfindlichkeit der rechten Praeauriculardrüse, heftige Hyperaemie der Lidbindehaut, sowie leichte chemosis beiderseits, besonders rechts; sonst rechts, wie links.

Am 28. VI. 05 Nach Hause entlassen unter Verordnung von Cocain-Adrhenalin.

Am 3. VII. 05. Rötung und Schwellung der Bindehaut und der Lider völlig geschwunden, keine Beschwerden, rechte Karunkel noch etwas geschwollen und gerötet, soll weiter eintröpfeln, nach 14 Tagen wiederkommen.

Am 7. VII. 05. wurde Excision eines Bindehautstückes gemacht.

13. VII. 05. Befund der gemachten Excision ergiebt diffuse Infiltration, die direkt unter dem Epithel liegt. Follikel lassen sich nicht abgrenzen. Infiltration besteht zum grössten Teile aus Lymphocyten, die unregelmässig im subepithelialen Gewebe gelagert sind. Epithel selbst vielfach von Leucocyten durchwandert.

27. VII. 05. Hat seit 8 Tagen nicht mehr eingeträufelt, seit ungefähr 10 Tagen wieder Rötung der Augen und Verklebtsein derselben früh.

Befund: Hochgradige Schwellung der Uebergangsfalte, die hahnenkammähnliche Wulstung zeigt und enorme Hypertrophie des Papillarkörpers, namentlich an den oberen Lidern intensive Rötung, reichlich fadiges Sekret, keine Drüssenschwellung.

15. VIII. 05. Wenig geändert, nur Sekret geringer und geringere subjektive Beschwesden.

30. VIII. 05. Conjunctiva bulbi abgeblasst, conjunctiva tarsi weniger geschwollen, Meibornschen Drüsen sind sichtbar, noch immer stärkste Hypertrophie der Papillarkörper.

28. 9. 05. Zustand ziemlich derselbe, verträgt Cuprolsalbe gut, mit dieser und Supracheein entlassen.

4. XI. 05. Starke Papillarhypertrophie und eitrige Sekretion.

17. XI. 05. Excision gemacht.

20. XI. 05. Mikroskopischer Befund eines Excisionsstückchens ergiebt enorme Papillarhypertrophie mit Becherzellen in dem Epithel der conjunctiva. Die polypösen Wucherungen sind stark infiltriert mit Plasmazellen. Circumscripte, gut gegen das Gewebe abgegrenzte Follikel sind kaum nachweisbar. In den tieferen Gewebsschichten das Gewebe normal,

Gewebsnekrosen sind nicht vorhanden. Die Lymphocytenansammlung stark von Bindegewebe durchzogen mit Gefässen.

2. Fall. B. G. 30 Jahre alt, Bahnarbeiter. Kam am 13. XII. 05 ins Krankenhaus — Leipziger Augenklinik. Dem Patienten war vor etwa 2 Monaten Flugasche in die Augen geflogen, so dass er zuerst gleich die Augen gar nicht aufmachen konnte. Daraufhin 8 Tage lang Druck unter den Augen. Nach den ersten etwa 8 Tagen stellte sich tränen des linken Auges ein und starker schleimig-eitriger Ausfluss. Das Auge früh verklebt. Hat das Auge stark gerieben, infolgedessen angeblich verschlimmert. In etwa 3 Wochen Schwellung der Lider des linken Auges und etwa zu derselben Zeit erkrankte auch das rechte Auge.

Befund am 13. XII. 05. Rechts: Schleimig-eitrige Sekretion, Bindehaut injiziert, ziemlich starke Papillarhypertrophie, auf der Conjunctiva des Unterlides kleinere Substanzverluste. Excision.

Links: Ebenso aber stärker entwickelte Papillarhypertrophie. Kulturen auf Pferdeserum ergeben keinen eindeutigen Befund.

17. XII. 05. Papillarwucherungen sind noch unverändert, Behandlung mit Cuprumstift.

19. XII. 05. Auf der rechten Hornhaut kleine Infiltrate.

22. XII. 05. Infiltrate sind im Rückgange begriffen.

6. I. 06. Nur das linke Auge wird mit Cuprumstift geätzt.

8. I. 06. Temperatursteigerung, Angina, Belag der linken Tonsille.

14. I. 06. Angina ist abgelaufen, am linken Oberlid noch Papillarhypertrophie.

15. II. 06. Papillarhypertrophie des linken Oberlides wird noch weiter mit Cuprumstift behandelt.

1. III. 06. Linkes Auge mit Cuprumsalbe behandelt.

3. III. 06. Wird mit Cuprumsalbe entlassen.

12 III. 06. Wieder gekommen in die Klinik.

Starker Reizzustand beider Augen, rechts stärker. Patient hat aus Versehen das rechte Auge mit Cuprumsalbe bestrichen.

Rechts: Starke Ciliarinjektion, in der oberen Hälfte ein stecknadelkopfgrosses Infiltrat conjunctiva glatt.

Links: Starke conjunktivale Reizung, noch immer Papillarhypertrophie, zumal des Oberlides.

20. III. 06. Reizzustand auf beiden Augen genügen.

Rechts: Pericorneale Reizung fast verschwunden. Infiltrat im Abheilen.

23. III. 06. Infiltrat fast abgeheilt, nur noch geringer Reizzustand rechts.

Links mit Argent. nitr. Stift. touchiert.

3. Fall aus der Leipziger Augenklinik.

E. K. 42 Jahre alt, Wachmeister, am 7. III. 06 in Behandlung gekommen. War stets gesund. Angeblich am 5. III. 06 starke Zugluft bekommen. Spürte Tags darauf Drücken unter dem rechten Auge.

7. III. 06. Entzündliche Schwellung der Bindehaut des rechten Auges, chemosis.

8. III. 06. Rechts: Zunahme der chemosis, Praeauriculardrüse geschwollen, spürte leichte Schmerzen, keine Besserung mit Arg. nitr. oder Protargol.

12. III. 06. Linkes Auge affiziert, Praeauriculardrüse gleichfalls geschwollen.

Rechtes Auge ausserordentlich starkes Oedem der conjunctiva bulbi.

15. III. 06. Touchiert mit Plumb. acet. perf. neutr. 1%.

16. III. 06. Subjektive und objektive Besserung, linkes Oedem nicht so stark.

Bakterienuntersuchung negativ.

19. III. 06. Rechts: Oedem etwas abgenommen.

Links: Hat es zugenommen, die linke Hornhaut zeigt in ihrer oberen Partie leichte, feingegrieselte Unebenheiten. R. Plumb. acet. L. Protargol. 3‰.

20. III. 06. Vermehrte Schmerzen und Sekretion angeblich seit gestern, an beiden Oberlidern, besonders rechts sehr starke Granulationswucherungen.

R. Plumb. acet. L. Atropin.

21. III. 06. An Stellen, wo die Papillenhypertrophie fehlt, sieht man deutlich helle Stellen am rechten Oberlid.

R. und L. Plumb. acet.

Sämmtliche Fälle aus dem Beitrage zum Stadium der Parinaud'schen Conjunctivitis von J. Chaillons in möglichst kurzer Form zitiert.

1. Fall von Dr. R. Jocqus:

Patient 9 Jahre alter Knabe. Vor 3 Monaten sei an der rechten Seite eine entzündliche Anschwellung der praeauriculären Drüse entstanden, Vereiterung und Eröffnung derselben; Fieberzustand, einige Tage darauf schmerzhafte Verdickung der rechten Unterkieferdrüse. Gleichzeitig mit der Schwellung der Unterkieferdrüse habe sich Schwellung des rechten Oberlides und leichte Ptosis eingestellt, zugleich geringe schleimigeitrige Sekretion. Zustand des rechten Auges bei der ersten Untersuchung im Mai 1902 war folgender: Geringe Sekretion, die conjunctiva bulbi scheine gesund zu sein. Leichte Ptosis, Anschwellung des äusseren, oberen Augenlidrandes, als ob er der

Sitz eines tiefen, grossen Chalazions wäre. Die conjunctiva tarsi des oberen Lides und die Uebergangsfalte seien mit Knötchen besät, die einen derselben sind hirsekorngross, die anderen seien grösser und abgerundeter, noch andere seien Vegetationen von unregelmässigen Formen, die kleineren seien graugelblich, die anderen rot. Die obere Augenbindehaut sei nicht gleichmässig damit versehen und sei sie nach dem Rande des Lides zu vollkommen frei von denselben. Spülungen, Salben, Höllenstein wirkten auf den Krankheitsprozess wenig ein. Hierauf 2 mal in 8 Tagen galvanokaustisch behandelt, indem die grossen Knötchen ganz zerstört, die kleineren nur gestichelt wurden.

Nach Abheilung der galvanokaustisch behandelten Stellen, wurden leichte Touchierungen gemacht. Heilung wäre nach 2 Monaten eingetreten. Die den früheren Knötchenstellen entsprechenden Konjunktivateile haben nur noch eine weisse, ins graue schimmernde Oberfläche.

2. Fall von Ella Wylie (The ophthalm. Record, Juni 1901).

C. R., 32 Jahre alt, Mechaniker von Beruf. Seit 6 Tagen Entzündung des linken Auges, klagte gleichzeitig über eine Anschwellung unter dem linken Kieferwinkel. Hereditär und persönlich nicht belastet. Das rechte Auge und die Sehkraft auf dem linken Auge normal. Die beiden linken Augenlider seien geschwollen, das obere hänge herab. Konjunktiva der unteren Uebergangsfalte zeige kleinere und grössere Knötchen. Das obere Augenlid sei ödematös, hyperämisch und blute leicht. Conjunctiva bulbi habe normales Aussehen; schleimigeitrige Sekretion sei reichlich. Die submaxillaren Drüsen derselben Seite seien geschwollen und fühlen sich hart an. Anfang der 2. Woche überragte die geschwollene Konjunktiva

der unteren Uebergangsfalte nach dem Umstülpen des unteren Lides den Rand der Hornhaut. Zwischen den Knötchen habe man zahlreiche, verschiedengrosse Geschwürsflächen gesehen. Die obere, hintertarsale Konjunktiva wäre körnig, ohne Erosionen. Die Bindehaut der oberen Uebergangsfalte fiel wie ein Vorhang vor die Hornhaut. Die Conjunctiva bulbi wäre entzündet. Nach 3 Wochen blieb die Sekretion aus, die Drüsen wurden grösser und druckempfindlicher. Nach 14 Tagen wären die Geschwürsflächen zahlreicher und die Bindehaut blutete bei der geringsten Berührung. Oedem der linken Gesichtshälfte habe bestanden. Es hätten sich heftige Drüsenschmerzen eingestellt, namentlich beim Kauen, sodass Kranker schliesslich nur noch Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Ausserdem habe leichtes Fieber bestanden. Nach 10 Tagen schwanden die Geschwürsflächen, die anderen Symptome waren weniger akut. Etwa 3½ Monat war derselbe Zustand. Von jetzt ab trat Besserung ein, nur die Drüsenerkrankung ging nicht zurück. Nach gut 5 Monaten waren Augenlider und konjunktiva normal, es blieb nur noch Ptosis zurück. Die Drüsenanschwellung hinter dem Kiefer war zurückgegangen, die Drüse unter dem Kiefer vereiterte, sie wurde inzidiert. Nach wenigen Tagen trat Heilung ein. Nach 7 Monaten war der Kranke geheilt. Patient habe während der Krankheit 20 Pfund abgenommen.

3. Fall Gifford.

F. C., 43 Jahre alt, Geschäftsreisender, kam in Giffords Behandlung am 21. Oktober 1890. Etwa vor drei Wochen war demselben während der Eisenbahnfahrt ein Kohlenkörnchen ins rechte Auge geflogen, 2 oder 3 Tage darauf seien die Augenlider angeschwollen, das Auge eiterte, bald seien die Halsdrüsen angeschwollen.

Befund: Es wären das obere Augenlid ödematös und ptosisch

gewesen. Konjunktiva des oberen Lides wären mit breiten und runden Knötchen bedeckt gewesen und zeigte verschiedene Geschwürsflächen, die Hornhaut sei intakt, die Sekretion mässig das Gefühl des Lästigfallens und der Entzündung sei unbedeutend gewesen. Die präauricularen und submaxillaren Drüsen hätten sich präsentiert wie bei schwerer Angina. Links nichts anormales gewesen.

Der Krankheitsprozess habe zuerst den Eindruck eines akuten Trachoms gemacht, doch das Aussehen der Wucherungen, von denen einige gestielt waren, bei dem gleichzeitigen Bestehen der Geschwürsflächen und der Schwellung der Drüsen, dem auffallenden Fehlen subjektiver Beschwerden sicherten, dass es sich um ein anderes Leiden handle. Es wurde mit Boraxlösung und Höllensteinlösung behandelt. Die Heilung trat sehr langsam ein. Die Sekretion hörte auf, die Lider schwollen ab. Im Jahre 1891 wurde festgestellt, dass die Konjunktiva vollständig glatt war, es bestand nur noch ganz geringer Grad von Ptosis Patient war nicht bis zu Ende in Behandlung geblieben.

4. Fall von Gifford.

Mabel H., 7 Jahre alt, spürte seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen im linken Auge. Tatbestand: Mit Ausnahme einer geringen Rötung der Uebergangsfalte sei das rechte Auge normal gewesen. An dem linken Auge seien die Uebergangsfalten angefüllt mit Wucherungen, die $^1/_8$ Daumen im Durchmesser gross sind. Viele von ihnen seien gestielt gewesen. Die Oberfläche ist warzenartig mit etwas klebrigem Schleim bedeckt. Man sah keine Geschwürsflächen. Auf der unteren conjunktiva tarsi befanden sich nur eine breite Knotenbildung. Die Hornhaut sei normal gewesen. Es wurde der etwa erbsengrosse Knoten aufgeschnitten und es floss gelblicher Eiter in geringer Menge heraus. Die Drüsen der linken Kopfhälfte war stark geschwollen. Rechts wurde nur eine sehr geringe Verdickung der

Halsdrüse festgestellt. Die Knötchen wurden ausgekratzt und etwa zehn Tage später sei das Kind als fast geheilt nach Hause gegangen. Die Drüsen vereiterten nicht.

5. Fall von Gifford.

M. L., 33 Jahre alt, amerikanischer Farmer, habe seit ungefähr 14 Tagen Schmerzen an dem linken oberen Augenlide verspürt. 1 Tag darauf seien die Drüsen des Gesichtes und des Halses links angeschwollen, das linke Auge eiterte. Erster Befund am 12. X. 1896: Das rechte Auge sei normal. 3 grosse Knotenbildungen füllen die linke obere Uebergangsfalte aus, wodurch sie dieselbe unregelmässig anschwellen machen. In der Mitte der Uebergangsfalte sieht man eine grosse Geschwürsfläche, 1 Zoll breit und mit dicken Rändern. Die Geschwürsoberfläche sei uneben, grau verfärbt, es habe geringe Sekretion, subjektive Beschwerden unbedeutend bestanden. Die praeauricularen und submaxillaren Drüsen der linken Seite seien geschwollen gewesen. Die Knötchen und die Geschwürsränder wurden abgekratzt und das Geschwür mit Höllenstein touchiert. Mit einem Rezept auf Borsalbe und 2% Höllensteinlösung wurde er entlassen. Am 22. Oktober wäre das Auge fast normal geworden, an der früheren Geschwürsstelle wäre nur noch eine leichte Verdickung. Die Drüsen bildeten sich ohne zu vereitern zurück.

6. Fall von Gifford.

Romeo L., 9 Jahre alt, habe seit einer Woche lästiges Gefühl am linken Auge gehabt.

Status praesens am 29. August 1893: Links sei die Conjunctiva der Uebergangsfalte und bulbi mit zahlreichen, pustelartigen, kleinen Knötchen bedeckt gewesen. Einige von ihnen schienen durch kleine Geschwürsflächen ersetzt zu sein.

In der unteren Uebergangsfalte befanden sich einige in der Mitte gelblich punktierte Knötchen. Hornhaut sei intakt gewesen. Keine deutlich ausgesprochene Schwellung der linken praeauricularen Drüse. Am Halse links fühlt man mehrere Drüsen leicht verdickt. Es wurde zuerst Borwasser und gelbe Salbe verordnet. Patient blieb aus.

7. Fall zu Gifford.

Am 2. November 1887 kam J. K., 25 Jahre alt, Maschinist wegen Eiterung des rechten Auges und einer Schwellung des Augenlides, was seit 14 Tagen bestand. In 3 Tagen sei schon starke Schwellung der Augenlider, kurz darauf Verdickung der praeauricularen und submaxillaren Drüsen rechts eingetreten.

Tatbestand: Linkes Auge normal. Das rechte Auge eiterte wenig. Die beiden rechten Uebergangsfalten seien geschwollen gewesen, es waren hierselbst kleine Geschwürsflächen mit grauem Belag vorhanden. Zwei der Geschwürsflächen seien auf der oberen Knorpelplatte und einige auf der bulbaren Bindehaut gewesen. Die praeauricularen und submasilloren Drüsen rechts seien vergrössert und fluktierend gewesen. Es wurden Sublimatwasserumschläge verordnet. Patient blieb weg. In einigen Wochen wurde, wie man erfahren, das Auge vollständig heil. Ob die Drüsen erweiterten oder zurückgingen, sei nicht bekannt geworden.

8. Fall von Chaillons.

M. D. Pförtnerin. 41 Jahre alt, habe seit 3 Wochen Stechen und Zucken in dem linken Auge, ohne Verkleben der Augenlider und eitrige Absonderung. Bald wäre Anschwellung der Augenlider hinzugetreten, der innere Winkel des linken Auges wurde rot. Die paeauricularen und submaxillaren Drüsen links fingen an hervorzutreten.

Tatbestand am 21. Oktober 1901: Die Anschwellung des linken oberen Lides präsentierte sich wie bei einer gonorrhoischen Bindehautentzündung, doch war beim selbstätigen Bewegen des Lides eine auffallend geringe Absonderung. Die linke bulbäre Bindehaut sei geschwollen und sehr gefässreich gewesen. Die ganze Bindehaut des oberen Lides sei rot cyanotisch, filzig gewesen. Die Affektion sei besonders ausgeprägt gewesen an der oberen Uebergangsfalte, wo die Konjunktiva filzig, aber ohne eigentliche Wucherungen ist. Auf der ganzen roten Oberfläche sah man mehrere kleine, weisse, stecknadelkopfgrosse Punkte. In dem inneren Winkel der oberen Uebergangsfalte sah man eine Geschwürsfläche mit weisslichem Grunde. Die Gegend vor dem linken Ohre und dem Kieferwinkel seien sehr stark geschwollen und die Drüsen etwas druckempfindlich gewesen. Das Auge und die Drüsen hätten nicht geschmerzt' sie fühlt sich matt, unpässlich und beginnt seit der Krankheit abzumagern. Die Beschaffenheit der Geschwürsflächen, die beginnende Abmagerung und die allgemeine Mattigkeit liessen an Tuberkulose der Bindehaut oder an Konjunctivitis Parinaud denken. Eine Einimpfung von der Geschwürsfläche auf ein Meerschweinchen sei negativ geblieben und die weitere Entwickelung des Krankheitsprozesses führte zur Diagnose der infektieusen Bindehauterkrankung. Die Kranke wurde galvanokaustisch behandelt. Am 24. X. Oedem der bulbären Bindekaut hat zugenommen. Die Schwellung der linken Ohrgegend ist schmerzhaft, das Gewicht der Kranken sei 62 kg gewesen. Man brennt von neuem. 26. XI. Der Zustand der Bindehaut sei viel besser, aber die Drüsenerkrankungen machten Fortschritte und die Kranke habe mehr geklagt. Wieder Brennen der Bindehaut. 2. X. Besserung aller Krankheitserscheinungen. Die wunden Stellen seien verschwunden, die Bindehaut sei weniger geschwollen und die Gegend vor dem Ohre weniger schmerzhaft

gewesen. Die Abheilung sämtlicher Krankheitserscheinungen sei glatt vonstatten gegangen und die Kranke habe an Körpergewicht wieder zugenommen.

9. Fall von M. Chaillons und M. Tonfesco.

F., 16 Jahre alt, habe seit dem 6. Juni 1903 Stechen im linken Auge verspürt, das Tags darauf rot geworden sei. Am 8. seien die linken Augenlider, besonders das obere geschwollen, haben sich nur schwer öffnen lassen und es habe weiss-gelbliche Sekretion bestanden. Der Kranke habe warme Umschläge gemacht, der Zustand habe angehalten und der Kranke sei am 10. Juni gekommen. Die linken Augenlider seien stark geschwollen, aber nur leicht gerötet gewesen. Das obere Lid bedeckte den Augapfel vollständig, es habe geringe schleimig-eitrige Sekretion bestanden. Wurde das linke untere Augenlid umgestülpt, dann sprang die verdickte, zottige Bindehaut der Uebergangsfalte wie ein Wulst vor. Der Wulst habe aus nicht sehr hohen Wucherungen bestanden. Trotz des Oedems habe sich das obere Augenlid leicht umstülpen lassen. Die obere Uebergangsfalte habe dasselbe Bild wie die untere Uebergangsfalte geboten. Linke praeauriculare Drüse sei vergrössert, druckempfindlich und fluktuiert gewesen. Die Drüsen des Unterkieferwinkels, der Achselhöhle und der Leistengegend seien geschwollen gewesen, aber hart und schmerzlos. Der Kranke sei blass, sagt, er sei abgemagert während der Krankheit. Er sei gesund. Habe Masern, Windpocken und Krämpfe als Kind gehabt. Beschäftigt in einer Fabrik von Strassenkehrmaschinen, sei er den ganzen Tag dem Staube ausgesetzt gewesen. 8 Tage vor den Augenschmerzen habe er an der inneren Seite des linken Vorderarmes einen kleinen Abscess beobachtet. Aehnliche Krankheitserscheinungen hätten 2 seiner Mitarbeiter, von denen der

eine in der Nähe des Schlachtviehhauses gewohnt habe. Im Eiter des Geschwürsprozesses am Vorderarme, der im Abheilen war, wurden Staphylokokken gefunden. Die Sekretion der Binde habe keine Mikroorganismen enthalten.

Am 11. Juni sei der Zustand des linken Auges wie tagszuvor gewesen. Aber das rechte Auge, welches bis dahin gesund gewesen wäre, hätte eine geringe Schwellung der Lider und eine leichte Injektion der bulbaren Bindehaut gezeigt. Die conjunctiva des rechten Unterlides sei geschwollen gewesen. Die Conjunctiva des oberen torsalen Teils habe dieselbe Krankheitserscheinung gezeigt wie links: 12. Juni: Linkes Auge derselbe Zustand. Rechtes Auge: Der Krankheitsprozess der conjunctiva bulbi habe sich verschlimmert. 14. Juni. Der Zustaud der linken und rechten Bindehäute sei derselbe gewesen. Schwellung der Drüsen vor dem Ohre, der Halsdrüsen, Achseldrüsen der Leistendrüsen, doch links mehr, als rechts. Die Milz sei palpalbel und druckempfindlich gewesen. Parinaud, der den Kranken gesehen, habe auch diese Krankheit für die injektieuse Conjunctivitis gehalten.

Die linke praeauriculare Drüse sei kleiner geworden und sei nicht mehr druckempfindlich gewesen. Die recht praeauriculare Drüse habe sich noch kaum abtasten lassen. Die Halsdrüsen haben sich verkleinert. Das Oedem und die Röte der Augenlider sei wenig markiert gewesen. Die konjunctivale Affektion schien auf beiden Seiten zurückzugehen. 23. Juni: Ablation der rechten Praeauriculardrüse. 26. Juni: Die Schwellung und Rötung der Augenlider seien geschwunden, der Kranke öffnet leicht die Augen. Die Halsdrüsen nehmen an Grösse ab. Sämtliche Krankheitserscheinungen seien zurückgegangen. Die Temperatur überstieg nicht 37,8 %. Man versuchte bei der Behandlung Zinc.-sulf. und Argeat uch., aber ohne Erfolg. Patient habe sich aus der Behandlung begeben. Am 11. Oktober: Die Krankheitserscheinungen

an den Augen auf argent. nitr. zurückgegangen bis auf eine geringe Konjunctivaverdickung des oberen tarsus. Ausgenommen die Praeauriculardrüsen seien die übrigen noch fühlbar gewesen. Der Allgemeinzustand des Kranken ist gut.

10. Fall von Roche.

Frau M. 55 Jahre alt. Gegen Ende April 1901 seien die rechten Augenlider geschwollen und das Auge morgens verklebt gewesen. Ihr Arzt habe Umschläge und Salbe verordnet, doch die Schwellung der Lider habe zugenommen und die praeauriculare und submaxillare Gegend derselben Seite sei schmerzhaft geworden. Erster Befund am 5. Mai. Oedem des rechten Lides und eine chemosis. Die palpebrale Bindehaut sei geschwollen gewesen. Die beiden Uebergangsfalten des rechten Auges haben Papillarhypertrophie gezeigt. Er habe Verdickung der praeauriculären und submaxillaren rechten Drüse bestanden. 29. Mai: Die Augenaffektion links sei ausgeheilt; das rechte Auge sei jetzt erkrankt und man habe dieselbe Papillarhypertrophie der Konjunctiva festgestellt, wie sie links bestanden hat. 5. Juni: Die Konjunctiva des linken Auges habe ihre normale Beschaffenheit zurückerlangt. Am rechten Auge seien dieselben Krankheitserscheinungen, wie man sie am linken Auge bei Beginn der Affektion feststellt habe. Rechts seien die Drüsen nicht mitergriffen.

11. Fall von Chaillons.

L., 2 Jahre altes Kind. Vor fünf Tagen haben die Eltern Rötung des rechten Auges und Schwellung des rechten Augenlides bemerkt. Zur Zeit als sich diese Krankheitserscheinungen einfanden und von Tag zu Tag sich verschlimmerten, habe sich das Kind unwohl befunden, schlecht geschlafen und weniger gut gegessen. Aus den angeschwollenen und sich verklebenden Augenlidern sei etwas schleimig-eitriges Sekret gekommen. Die Kon-

junctivalschleimhaut sei leicht gewuchert gewesen. Die Bindehaut des unteren Augenlides habe körniges Aussehen gehabt. An der rechten unteren Uebergangsfalte seien die Granulationen sehr zahlreich gewesen. Die praeauricularen, submaxillaren und die Nackendrüsen der rechten Seite seien geschwollen gewesen und schmerzen. An der linken Seite habe man Aehnliches nicht festgestellt. Es sei Höllensteinlösung verordnet worden. Der Kranke sei weggeblieben. Wir erfuhren, dass die Schwellung der Lider zurückgegangen sei, doch werde das Auge noch von Zeit zu Zeit rot.

12. Fall von Chaillons.

Mm. G., 59 Jahre alt, die in der Nähe eines Schlachthauses und Viehmarktplatzes gewohnt hat: Mitte Oktober wäre die Kranke, die bis dahin gesund war, von schlechtem Allgemeinbefinden befallen worden. Gegen Ende des Oktobers hätte die Kranke Belästigungen am rechten Auge gefühlt, hatte Empfindung von Sandkörnern. Es bestand leichte Rötung der Bindehaut, schleimig-eitrige Sekretion und sehr starke Anschwellung des rechten oberen Lides. 5 oder 6 Tage darauf bemerkte die Kranke eine schmerzhafte Verdickung vor dem rechten Ohre.

Am 12. November 1902 war folgender Befund, das rechte obere Lid sei geschwollen gewesen und auf das untere Lid herabgefallen. Das Auge habe etwas geträuft, es habe schleimige Sekretion bestanden. Die bulbäre Bindehaut sei chemotisch in ihrer ganzen Ausdehnung gewesen. Die Bindehaut des unteren Augenlides und der unteren Uebergangsfalte sei rot, filzig und mit Granulationen bedeckt gewesen. Fast dasselbe Aussehen hat die obere Uebergangsfalte und die Bindehaut des oberen Lides gezeigt. Die rechte Praeauriculardrüse sei deutlich geschwollen gewesen. Kranke habe immer noch Unpässlichkeit, Ermüdung, Frösteln gehabt wie sie es schon seit einem Monat habe. Als Behandlung wurden Waschungen von Quecksilber-cyaec. Lösungen verordnet.

26. November. Die Chemose der bulbaren Bindehaut sei vollständig verschwunden. Die palpebrale Bindehaut sei noch filzig. Die Adenopathie sei geringer. 1. Dezember. Adenopathie bestände nicht mehr. Die Bindehaut habe fast ihr normales Aussehen, sie sei nur noch etwas dick. Gegen Ende Dezember sei die Heilung vollständig gewesen. 28. Dezember. Die palpebrale und bulbäre Bindehaut ist vollständig normal gewesen.

13. Fall von Chaillons.

J. A., 13 Jahre alt, habe vor etwa 14 Tagen eine Anschwellung des oberen linken Augenlides bekommen, die Eltern des Kindes glaubten, es rühre vom Insektenstiche her. 8 Tage sei der Zustand derselbe geblieben. Am 9. November 1903 habe die Mutter beim Kinde eine geschwollene Backe bemerkt, die Anschwellung wäre derart gross geworden, dass der zugezogene Arzt Diagnose auf Ziegenpeter gestellt, warme Umschläge und im Bettebleiben verordnet habe. Das Allgemeinbefinden wäre schlecht, das Kind bisher gesund und heiter, bliebe niedergeschlagen, fiebernd, ohne Appetit, es klage über heftige Schmerzen in der Ohrgegend. Das Kind wäre vorher stets gesund, die Eltern seien gesund. Das Kind sei schmächtig und blass. Es habe ein Gefühl von Lästigsein im kranken Auge. Es bestehe ausgesprochenes Oedem der beiden linken Augenlider, welche leicht gerötet seien. Das linke obere Lid geschwollen bis zur Augenbraue hinauf, sei ptosisch. Beim Umstülpen der Augenlider trete die obere Uebergangsfalte wie ein Wulst hervor, der wie ein Vorhang vor die Hornhaut falle. Die Bindehaut sei in Form und Farbe himbeerartig. Die Bindehaut des unteren Lides sei rot und papillar-hypertrophisch. Die Bindehaut der Karunkel und der halbmondförmigen Falte sei auch dick, wucherig, aber sie habe nicht das himbeerartige Aussehen. Es bestehe geringe Sekretion. Sähe man das Kind von der Seite an, so sei die ganze linke Gesichtshälfte entstellt

infolge der starken Schwellung der praeauricularen, angulomaxillaren und submaxillaren Drüsen. Sogar die linke Backe sei geschwollen. Alle Drüsen seien schmerzhaft und druckempfindlich. Kauen verursache auch heftige Schmerzen. Das rechte Auge sei normal. Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets sei negativ. 18. November. Zustand derselbe. Nach Anaesthesierung mittelst Cocain sei die Bindehautwucherung aufgeschnitten worden. Die Punktion habe blutig verfärbte Lymphe ergeben. Der Zustand bessert sich langsam. Während des Aufenthalts im Krankenhause habe zeitweise Temperatursteigerung bis 38° bestanden. 5. Dezember. Die Bindehaut habe ihre normale Beschaffenheit. Die Drüsen gehen zurück, sie werden langsam resorbiert.

Fälle von Parinauds Konjunktivitis aus der Literatur der beiden letzten Jahre zusammengestellt unter Berücksichtigung der histologischen und bakteriologischen Untersuchungen.

1. Fall von Matys.

J. H., 40 Jahre alter Viehhändler, wäre stets gesund, erblich nicht belastet, habe Mitte April eine intensive über eine Woche andauernde Entzündung der Nasen- und Rachenschleimhaut überstanden. Am 3. Mai 1903 sei nach einem Viehmarkte und Pferdemarkte das rechte Auge rot gewesen. Am 3. Tage habe er einen Druck unter den Augenlidern gespürt. Am 10. Tage sei er von einem Viehmarkte heimgekehrt, die Schmerzen haben sich gesteigert. Die Lider des rechten Auges konnten schlecht geöffnet werden und begannen sich zu verkleben. Das rechte Auge habe stark geträänt. Patient habe sich matt gefühlt. Es wurde Fieber festgestellt. Patient habe über Schmerzen im Rücken und Frösteln geklagt. Am 18. Mai war die Bindehaut der Lider stark entzündet, geschwollen und

man habe auf denselben blasse Körnchen von Stecknadelkopfgrösse gesehen. Die Uebergangsfalte wäre entzündet, conjunctiva bulbi leicht injiziert gewesen, es habe reichliches graugelbes Sekret bestanden; in der rechten Präauriculargegend eine kleine Drüse fühlbar gewesen. Die Haut darüber wäre geschwollen gewesen. Die Verschlimmerung habe ständig zugenommen, die Uebergangsfalte sei faltenreich gewuchert und habe viele stecknadelkopfgrosse und einzelne grössere mit einer Delle versehene Knötchen enthalten. Die conjunctiva bulbi sei stark chemotisch, die cornea sei intakt gewesen. Aus dem Bindehautsack sei richliches Sekret geflossen, unter dem rechten Kieferwinkel sei eine etwa haselnussgrosse Drüse. Patient habe sich geweigert einen Teil der gewucherten Bindehaut zu diagnostischen exzidieren zu lassen. Es wurde Borwasser zum Ausspülen und Burrow'sche Lösung zu Umschlagen verordnet. Patient sei in häuslicher Behandlung geblieben. Am 5. Juni wäre der Zustand des Auges derselbe gewesen, nur die Drüsen wären mehr geschwollen und druckempfindlicher. Die Haut über ihnen teigiger und geröteter. Patient habe über Mattigkeit und sehr heftige Kopfschmerzen geklagt, die ihm bisweillen die Nachtruhe raubten. Anfang Juli seien die Lider spontan unbeweglich gewesen, passiv haben sich dieselben nur wenig auseinanderbringen lassen und hätten Schmerzen und Blutung aus der Bindehaut verursacht, welche mit knötchenartigen Wucherungen und unregelmässigen Granulationen besät gewesen sei. Das Oberlid habe die Hornhaut bedeckt, und der freie Rand desselben habe emporgehoben werden können. Cornea sei intakt gewesen. Die Drüse am Oberläppchen sei wallnussgross, fluktuierend und druckempfindlich gewesen. Die Drüse am Unterkieferwinkel sei etwas kleiner und härter gewesen. Im Konjunktivalsekret haben sich nur kokkenförmige Gebilde gefunden. In eine Exstirpation eines Bindehautstück-

chen habe Patient nicht eingewilligt. Therapie habe in Sublimatspülungen und Umschlägen mit Burrowscher Lösung bebestanden. Mitte Juli wäre die Präauriculardrüse geschnitten worden, es sei hierauf Erleichterung eingetreten. Im August und September habe sich die Erkrankung gebessert, nur die Schwellung der Submaxillardrüse habe zugenommen und wurde dieselbe Ende August geöffnet. Zu dieser Zeit habe eine Subklavikulardrüse zu schwellen begonnen, welche bald vereiterte und anfangs November geöffnet wurde. Es heilten die Drüsen in etwa 4 Wochen aus und es blieben eingezogene Narben zurück. Da die Erkrankung des rechten Auges nur langsam zurückgegangen, wäre mit Einwilligung am 5. Dezember 1903 ein Stück Bindehaut exzidiert. Nach diesem operativen Eingriff habe die Abheilung bessere Fortschritte genommen besonders als zuerst: mit 2% später mit 5% Argent. nitr. Lösung 2 mal wöchentlich touchiert wurde; ausserdem wurden warme Umschläge mit Burrow'scher Lösung verordnet.

Nach derartiger 3monatlicher Behandlung (im Anfang April 1904) wäre der Augenbefund folgender gewesen:

Das obere Lid sei etwas verdickt und verhärtet, leicht gesenkt. Die conjunctiva des unteren Lides sei leicht gerötet und vollkommen glatt, die untere Uebergangsfalte ist ebenfalls glatt und glänzend, nur an ihrer inneren Hälfte befänden sich strangartige Narben. Die obere Conjunctiva sei rauh und noch ein wenig geschwollen gewesen. Die obere Uebergangsfalte und conjunctiva bulbi seien normal, die Hornhaut sei glatt und glänzend. Das Sehvermögen sei normal gewesen.

Histologischer Befund: Ueber seinen histologischen Befund äussert sich Matys wie folgt:

„Wenn wir den histologischen Befund zusammenfassen, so sehen wir, dass es sich um eine chronische Bindehautentzündung handelt, bei der sich die Plasmazellen, die entweder in Gruppen oder Strängen gelagert sind, im grossen Uebergewichte be-

finden. Das Conjunctivalepithel ist derart verändert, dass sich die Mehrzahl der Zellen zu secernierenden, den sogenannten Becherzellen umwandeln. Dieser Befund des Infiltrates schliesst eine tuberkulöse Bindehauterkrankung vollkommen aus, denn nirgends fand sich die bekannte Tuberkelformation mit ihren Epitheloid- und Riesenzellen und ihrer Einfassung von runden Zellen bei gleichzeitiger, zentraler Verkäsung. Auch die tracheomatösen Granula werden durch diesen Befund gleichfalls ausgeschlossen, denn nirgends ist jene charakteristische Anhäufung von lymphoiden Körnernzu Follikeln mit lichtem Zentrum vorfindig.

Die bakteriologische Untersuchung lieferte uns kein besonderes Resultat, denn auf allen mit dem Conjunctivasekret geimpften Nährboden wuchs eine reine Staphylokokkenkultur. Wir konnten daraus auf eine bestimmte Conjunctivalerkrankung nicht schliessen und mussten eher diese Staphylokokken für eine sekundäre Erscheinung halten.“

Tierexperiment. Es wurden nach Excision der hypertrophirten conjunctiva 3 Kaninchen Teile davon in die vordere Augenkammer eingeimpft. Es zeigte sich danach nirgends tuberkulöse Entzündung, im Gegenteil resorbierten sich in allen 3 Fällen die eingeimpften Stückchen im Verlaufe von 5—6 Wochen und verblieben die Augen vollkommen reaktionslos.

2. Fall von Doyne.

„Im Lancet vom 7. Nov. 1903 veröffentlichten Sie einige klinische Bemerkungen, die ich gemacht hätte über einen Fall, den ich als septische Conjunctivitis beschrieb. Meine Aufmerksamkeit sei neuerdings gelenkt worden auf einen Artikel von Parinaud über die ansteckende Conjunctivitis und auf einen Bericht hierüber in der Mainummer der Ophthalm. Review. Die gegebene Beschreibung entspricht genau dem, was ich angab in meiner Schrift: Schlechtes Allgemeinbefinden, Aehnlichkeit mit Trachom, Ptosis, nicht Vereiterung der Drüsen,

Entzündung der praeauricularen Drüsen, gewöhnlich einseitig, deswegen wahrscheinlich nicht sehr ansteckend, Vermutung auf tierische Infektion und langsame, vollständige Ausheilung. Niemand, der die beiden Berichte las, konnte einen Augenblick daran zweifeln, dass derselbe Krankheitsfall beschrieben worden war. Der Punkt, auf den ich jetzt hinweisen möchte, ist, dass es keineswegs so seltene Krankheit ist, als der fragliche Artikel vermutet, welcher sagt, dass nur 20 Fälle dieser Erkrankung bis jetzt berichtet worden wären, denn sogar in meiner Praxis habe ich über 20 Fälle gehabt. Die Erklärung liegt darin, dass diese Krankheit, wie ich es früher auseinandersetzte, in den englischen Schriften über Opthalmologie nicht bekannt gegeben worden ist, soweit ich sie gelesen habe und ich hoffe, dass spätere Autoren gut tun würden auf diesen Punkt aufmerksam zu machen."

3 Fall von J. W. Stirling und John M. Crae.

Parinauds Conjunctivitis sei eine Krankheit, der in Büchern wenig erwähnt werde. Sie werde gekennzeichnet durch Bildung von Granulationen und Follikeln auf der Bindehaut, welche schnell wachsen und durch Schwellung der Ohr-, Kiefer- und Nackendrüsen, welche beim Entstehen der Krankheit oder nicht lange nachher eintrete. Die Drüsen vereitern oder werden resorbiert. Gleichzeitig sei Temperatursteigerung vorhanden.

Der Verlauf der Krankheit sei langsam und es trete vollständige Ausheilung ein. Sei von Trachom und Conjunctivaltuberkulose zu unterscheiden. Patient leidet seit 10 Tagen an Entzündung des rechten Auges und leichter Ptosis. Der erste Befund wäre folgender:

Schwellung beider rechten Augenlider, Ptosis, Tränen, Lichtreiz, die palpebrale Bindehaut sei verdickt, gerötet und papillarhypertrophisch, und ähnele dem Bilde des Trachoms.

Diagnose wurde auf acutes Trachom gestellt und von der schleimig-eitrigen Absonderung Kulturen gemacht. Es wurde verordnet, vorläufig Boraxwaschungen und Umschläge mit Argent. nitr. Lösung.

Nach 2 Tagen habe die Bildung der Granulationen zugenommen, bedeckte fast die ganze Konjunctiva der Lider. Die Lider wären stark geschwollen gewesen und es habe Ptosis bestanden. Mit dem Bindehautsekret wurden Kultureu gemacht Die Bazillen erinnerten an Klebs-Loefflerschen Diphtheriebacillus. 10 Tage nach dererstenUntersuchung wäre Konjunctiva bulbi stark chemotisch gewesen. Die Praeauricular- und Submaxillardrüsen seien angeschwollen. Leichtes Fieber habe sich eingestellt. Es wurde jetzt Diagnose auf Parinauds Konjunctivitis gestellt. In Anbetracht der Symptome, des bakteriologischen Befundes und des schlechten Heilens wurden Injektionen von Diphtherieheilserum gemacht. Die Drüsen wurden grösser und vereiterten, sie wurden incidiert, man fand nekrotisches Gewebe und Eiter. Auf diesen operativen Eingriff sei schnell Heilung erfolgt. Die Granulationen gingen zurück. Die grossen Granulationen wären erst in zwei Monaten geschwunden. Kulturen vom Nasenschleim haben andere Resultate, als die vom Auge ergeben.

Ein etwas ähnlicher Fall sei vor jetzt $1^1/_2$ Jahren in meine Beobachtung gekommen, er sei verschwunden, ehe der Bericht vollendet wurde. Es waren da dieselben starken Wucherungen auf der Bindehaut. Es bestand leichtes Fieber und Drüsenanschwellung.

Mikroskopische Untersuchung ergab lymphoides Gewebe und einen Bazillus, wie oben beschrieben. Im Bindehautsekret wurde ein dem Klebs-Löfflerschen Bazillus ähnlicher Bazillus gefunden. Aus den Tierversuchen schliessend kann der gefundene Bazillus auch nach dieser Autoren Ansicht nicht der allgemein anerkannte Typhus des Klebs-Loefflerschen Ba-

zillus sein. Der die Eiterung verursachende Mikroorganismus war nicht determiniert. Autoren halten ihren Bazillus für einen dem Pseudodiphtheriebazillus morphologisch ähnlichen Bazillus, und sie konstatieren, dass man es zu tun hat mit einer virulenteren Form des Bac. xerosis oder einer weniger toxischen Form als dem gewöhnlichen Bac. diphtheriae.

4. Fall von B. Kayser.

In der Würtembergischen augenärztlichen Versammlung demonstriert K. eine 20jährige Patientin, welche im klinischen Bilde das Krankheitsbild der Parinaudschen Conjunctivitis geboten habe. Conjunktiva beider Lider habe reichliche follikelartige, granulöse Wucherungen gezeigt. Die Affektion war einseitig. Die subjektiven Beschwerden wären im Vergleich zu den objektiven Störungen sehr gering gewesen. Conjunctiva bulbi und corneae wären intakt gewesen. Praeauricular-Submaxillardrüsen seien schmerzhaft angeschwollen. Die Krankheit bestehe seit 8 Monaten, die Drüsen seien abgeschwollen, Konjunktivalveränderungen seien noch nicht ganz zurückgegangen.

Der anatomische Befund sei folgender gewesen. Es habe bestanden eine ausgedehnte, subepitheliale Infiltration mit Lymphocyten, ausserdem seien von der Infiltration schwer abgrenzbare Follikel vorhanden gewesen mit zentralen, helleren, epitheloiden Zellen und mit Leberschen Körperzellen. Nekrose habe keine bestanden. Der anatomische Befund habe nichts Charakteristisches gehabt.

An dieser Stelle erwähnt K. gleichzeitig mit ganz kurzen Worten eines Falles in Tübingen von einseitiger Conjunctivitis follicularis aber mit doppelseitiger Unterkieferlymphdrüsenschwellung, welcher nach 20 Wochen fast selbständig ausgeheilt sei. Der bakteriologische Befund dieses Falles habe Reinkultur von Staphylokokkus pyogenes aureus ergeben. Impfung sei negativ geblieben. Anatomischer Befund wäre dem obigen ähnlich gewesen.

5. und 6. Fall von Derby u. Verhoeff.

Die Autoren berichteten über einen Fall dieser Krankheit. Die Symptome waren typisch für Parinaudsche Conjunctivitis. Alle Wucherungen wurden entfernt und für die geschwollenen Drüsen Ichthyol äusserlich angewandt. Innerlich wurde Arsen gegeben. Nach 3 Wochen habe Krankheitsprozess zurückzugehen begonnen. Wucherungen hätten aufgehört sich zu bilden, das Lid sei zurückgekehrt zur fast normalen Beschaffenheit und die Drüsen seien ohne Fluctuation geblieben. 3 Monate nach der ersten Untersuchung wäre das Auge fast wiederhergestellt gewesen und sei nur ein leichter Grad von Ptosis zurückgeblieben. Die Scavs, welche von den Inzisionen herrührten, wären sichtbar gewesen, haben aber keine sichtbare Narbenzusammenziehung hervorgerufen. Die Autoren untersuchten bakteriologisch sehr genau und kamen zum folgenden Befund: Die Veränderungen bestehen wesentlich aus ausgesprochener Zellnekrosis in dem subkonjunktivalen Gewebe mit ausgedehnter Infiltration des letzteren mit lymphoitisch und phagocytisch epitheliodischen Zellen. Dazu kommt chronisch entzündliche Reaktion des tieferen Gewebes, die zum Prozess dor Organisation und Produktion von neuem Bindegewebe führt.

Das Agens, welches die lokale Veränderung hervorbringt ist nicht pyogenisch. Eiterung, wo sie vorkommt, ist wahrscheinlich die Folge von sekundärer Infektion. Die Infektion ist höchstwahrscheinlich nicht Folge irgend eines der bekannten Mikroorganismen. Die Theorie des tierischen Ursprungs gründet sich auf ungenügenden Beobachtungen. Die wirksamste Behandlung besteht in der frühen und wiederholten Exzision der Wucherungen.

6. Fall von Derby u. Verhoeff.

12 Jahre altes Mädchen hatte schon seit 11 Tagen das rechte Auge geschwollen gehabt, es habe eine deutliche Verdickung am

Kieferwinkel derselben Seite bestanden. Diese letztere Schwellung sei im Laufe einer Woche verschwunden. Der erste Befund wäre folgender gewesen: Verdickung des rechten oberen Lides und leichte Ptosis. Rötung und Verdickung der conjunctiva ohne Sekretion. An der verhältnismässig glatten Konjunktivaloberfläche hier und da gelblich-weisse, nicht prominierende Heerde, die mit Epithel überzogen gewesen wären und die sogleich an die Parinaudschen weissen Punkte erinnert hätten. Konjunktiva des oberen fornix und tarsus etwas hyperämisch. Der Augapfel selbst und das andere Auge normal. Eine Drüsenschwellung sei nicht festgestellt. Vater halte sich ein Pferd, das Patientin bisweilen füttert. Ein Stück verdickter Konjunktiva wurde excidiert und mildes Augenwasser verordnet. Es trat rapide Besserung ein. Nach 3 Wochen wäre die Konjunktiva nur noch etwas hyperämisch gewesen.

Der mikroskopische Befund habe sich von dem des ersteren Falles nur dadurch unterschieden, dass die Nekrose ausgesprochener war und schärfer begrenzt war.

7. (4 Fälle) von Goldzieher.

Im Centralblatte von 1893, S. 112 gibt Goldzieher ein gemeinsames klinisches Bild seiner bis dahin beobachteten Fälle, die er Lymphom-conjunctivitis nennt und eine Krankheit sui generis bezeichnet. Am erkrankten Auge sei die Conjunctiva beider Lider ergriffen gewesen, es habe sehr starke Schwellung und Rötung bestanden, die Uebergangsfalten seien bei der Umstülpung in riesigen Wülsten vorgetreten und seien sehr blutreich und leicht blutend gewesen. In der Bindehaut haben sich riesig entwickelte follikuläre Knöpfe und Vegetationen befunden, welche besonders in der Uebergangsfalte des Oberlides wie Hahnenkämme prominiert hätten. Ausserdem haben sich sehr viele sulzige, kleinere, in Reihen gestellte Follikel gefunden, wie man es bei frischem Trachom sieht. Es sei das Bild eines Trachoms, doch die Riesenfollikel seien

sogleich aufgefallen. Es wären Follikel sogar linsen- oder bohnengross gewesen. Das Charakteristikum des Krankheitsbildes habe in Anwesenheit von Lymphomen am Halse derselben Seite bestanden, welche bereits waren, als die Krankheit zu Gesichte kam oder sich in kurzer Zeit ausbildeten. Es habe sich nicht allein um einzelne geschwollene Drüsen, sondern sogar bis kindfaustgrosse Drüsenpakete von ziemlicher Härte gehandelt. In den 3 beobachteten Fällen wären niemals Narben oder Drüsenabszesse festgestellt worden. Die Frage auf Tuberkulose habe aufgeworfen werden müssen, doch es sei jedesmal restitutio ad integrum eingetreten und es hätten die charakteristischen Geschwürsbildungen gefehlt. Bakteriologische Untersuchung habe keinerlei Bazillen ergeben doch sei Tuberkulose nur dann mit Sicherheit auszuschliessen, wenn auch das Tierexperiment negativ ausfällt. Es habe sich nach Goldzieher um lymphomatösen Prozess durch irgendwelchen Krankheitskeim bedingt gehandelt, der sich gleichzeitig in den Lymphdrüsen des Halses und der Conjunctiva (adenoide Schicht, Follikel) etabliert habe. Mit Schere und Glühdraht behandelt, hierauf Waschungen mit $1^0/_{00}$ Sublimatlösung.

Goldziehers 4. Fall. Es seien zuerst die rechten Halsdrüsen angeschwollen, innerhalb einer Woche seien die Lider des rechten Auges angeschwollen, viel schleimige Sekretion und starke Reizerscheinung sei gewesen, die Conjunctiva sei hochgradig geschwollen mit sehr vielen grau durchscheinenden und prominierenden grossen Körnern besät gewesen, Cornea wäre frei gewesen, beträchtliche Chemosis habe bestanden, Jodoformpulver und Jodoformsalbe seien zur Behandlung genommen. Halslymphome seien geschnitten, ausgekrazt worden. Innerlich sei Eisen und Arsen gegeben, Drüsengeschwülste seien vollkommen zurück gegangen. Drüseneiter habe keine Anhaltspunkte für Tuberkulose ergeben.

Histologischer Befund: Goldzieher habe an vielen Stellen ganz

normales Gewebe gefunden, unter dem sich ein lockeres Gewebe befunden habe das aus einem faserigen, netzförmig zusammenhängenden Gewebe bestanden habe, mit eingestreuten, grosskörnigen, die gewöhnlichen Lymphocyten an Grösse weit übertreffenden Zellen. Lymphocyten seien im Gegenteil in geringer Zahl vorhanden gewesen. Goldzieher nennt dieses Gewebe adenoides, das im höchsten Grade des Oedems sich befindet. Nun kommen aber Stellen vor, wo das Epithel seine Form verändert habe. Die Zellen seien blasig, in mucinöser Degeneration und dringen in Haufen oder Säulen in das Gewebe der Granulation ein, wo sie durch ihre Form und besondere Grösse, wie die blassere Färbung deutlich seien unterscheidend innerhalb des oben beschriebenen Gewebes liegen. Ausserdem habe er Riesenzellen in bedeutender Zahl, zahlreiche Durchschnitte von Blutgefässen und mit Endothel ausgekleidete Räume gefunden, in denen sich nur wenige Leukocyten befunden haben. In den 3 gemeinschaftlich beschrienenen Fällen Goldziehers scheint sowohl die klinische wie histologische Beschreibung eine Zusammenwürfelung von Parinauds Oonjunktivitis und lymphoider Hypertrophie zu sein. Der 4. Fall, wenn sich auch zuerst Drüsenschwellung eingestellt haben soll, entspricht ganz dem klinischen Bilde der Conjunctivitis Parinaud.

8. Fall von Kornél Scholtz:

62 Jahre alte Frau seit 2 Jahren mit Tränensackentzündung behaftet. Tränen habe trotz 5—6mal Sondieren nicht aufgehört. Vor 2 Wochen sei das linke Auge rot und schmerzhaft geworden. Seit einigen Tagen eine Geschwulst unter dem linken Ohre. In den ersten Tagen des Krankseins allgemeine Unpässlichkeit. Am 15. II. 06 bei der ersten Untersuchung folgender Befund: Mässige Schwellung des linken Augenlides, die Lidhaut sei etwas gerötet gewesen, Lidbindehaut und Uebergangsfalte

seien rot, aufgelockert, verdickt gewesen. In der Uebergangsfalte seien einige aus der Bindehaut prominierende, gelblichweisse Knötchen gewesen, einige der Knötchen haben Substanzverlust geseigt. Diese Knötchen haben an der Stelle der gewöhnlichen Bindehautfollikel gesessen und haben deren Anordnung gezeigt. Die Scleralbindehaut sei mässig gerötet, in der Lidspalte habe sich schleimig-eitriges Sekret gefunden. Unter dem linken Ohre habe sich eine wallnussgrosse, druckempfindliche, fluktuierende Geschwulst befunden. Die grösseren Knötchen seien wiederholt ausgekratzt worden. Die Bindehaut wäremit 8 % Arg. Nitr.-Lösung touchiert worden. Unter dieser Behandlung wären die krankhaften Erscheinungen in etwa 3 Wochen zurückgegangen. Die fluktuierende Drüse sei zu diagnostischen Zwecken punktiert worden und die Geschwulst verkleinerte sich darauf, in 3 Wochen nur noch ein haselnussgrosser Knoten fühlbar gewesen.

Mikroskopischer Befund. Das Bindehautsekret habe reichlich Schleimfäden enthalten, wenig Epithelzellen, in den Ausstrichpräparaten habe man reichlich Xerosebazillen und vereinzelt kurze Bazillen mit ausgesprochener Pohlfärbung gesehen. Das aus dem Bindehautknötchen ausgekratzte Material habe aus meist zerfallenen Leukocyten und Epithelzellen bestanden, auch hier haben sich die kurzen Bazillen, aber in grösseren Haufen und immer extracellulär gefunden. Auch in den Präparaten aus der Punktionsflüssigkeit fand man die kurzen Bazillen, wenn auch verkümmert.

Bakteriologische Untersuchung. Es sei bei 4 von 5 gemachten Impfungen den fraglichen Bazillus zu züchten gelungen und zwar zweimal in Reinkultur, zweimal mit anderen Mikroorganismen.

Tierversuche: Der fragliche kurze Bazillus sei für Mäuse pathogen: 0,10—0,20 cm. 24 Std. alte Bouillonkultur habe getötet, subcutan eingespritzt, eine weisse Maus in 3—4 Tagen. Die Milz des eingegangenen Tieres sei stark vergrössert, blass, brüchig gewesen. In der Milz und im Herzblut seien die kurzen Bazillen immer nachweisbar gewesen. Meerschweinchen und Tauben sind refractär gewesen. Am meisten empfindlich sei das Huhn; 1,00 ccm Bouillonkultur einer grossen, starken Henne in den Brustmuskel eingespritzt, habe das Tier in 12 Stunden unter den Erscheinungen einer heftigen und andauernden Diarrhoe getötet.

Der fragliche Bazillus einem Meerschweinchen in die oberflächlich verletzte Hornhaut eingerieben, verursachte eine 24 Stunden andauernde stark diffuse Trübung derselben, die jedoch in einigen Tagen spurlos zurückging. Impfungen auf die Hornhaut des Meerschweinchens blieben erfolglos.

Klinisches Bild.

Die im Jahre 1889 von Parinaud beschriebene Krankheit hat ganz eigenartige, charakteristische, förmlich in die Augen springende Symptome, dass die Diagnose zumal beim schon ausgebildeten Falle nicht schwer fällt. Aber im ersten Stadium der Erkrankung und bei der ersten Untersuchung eines sich erst entwickelnden Falles dürfte das Stellen der Diagnose resp. Differentialdiagnose bisweilen doch Schwierigkeiten bereiten. Differentialdiagnostisch kämen namentlich die tuberkulöse und trachomatöse Bindehautentzündung und ausnahmsweise der chronische Malleus in Betracht. Hauptsymptome der Conjunctivitis Parinaud sind: Vegetationen der conjunctiva, insbesondere der der Lider und der Uebergangsfalle, frühzeitiges Ergriffensein der Lymphdrüsen, vorzugsweise der Praeauricular- und Submaxillardrüse. Das Erkranktsein des einen

Auges und der Drüsen derselben Seite, vollständiges Unversehrtbleiben der cornea und fast gänzliche Rückbildung aller Krankheitserscheinungen. Wie wir uns aber zur Genüge überzeugen konnten, trafen obige Symptome doch nicht für alle angeführten Fälle zu und war das klinische Gesamtbild wenig einheitlich.

Die einen Fälle fingen plötzlich und akut an, andere hingegen mehr schleichend mit kurzdauernder, scheinbarer Abheilung. Die Krankheitsdauer war auch nicht jedesmal entsprechend der Schwere der Krankheitserscheinungen. Auch blieb nicht in allen Fällen die Krankheit auf das eine Auge beschränkt und nicht immer begannen sie mit der Augenaffektion, sondern ausnahmsweise erkrankten die Drüsen zuerst oder scheinbar gleichzeitig war die Erkrankung des Auges und der Drüsen. Oefters, als bei den Fällen angeführt wurde, mag die Drüsenaffektion früher als die der Augen eingetreten sein, weil aber die Drüsenaffektion meistens indolent ist, so wird dieselbe öfters vom Kranken übersehen. Denn solange die Aetiologie noch nicht vollständig bekannt ist, darf auch nicht behauptet werden, dass bei Parinauds conjunktivitis sich zuerst die Augenaffektion einstellen muss.

Ebenso ist bis dahin, solange wir über die Aetiologie noch sehr im Unklaren sind, nicht zwingend das Unltateralität sein soll. Hatten wir ja solche Fälle, die im übrigen ausgesprochen Parinaud und noch nicht einsetsig waren. Auch die Intensität des Krankheitsgiftes wird sicherlich in jedem Falle eine ungleiche gewesen sein, daher jeder andere Fall ein anderes retouchiertes Bild.

Therapie.

Da sämtliche Autoren betonen, dass der Krankheitsprozess ohne Veränderungen zu hinterlassen in Wochen oder auch

Monaten von selbst abheilt, dürften deshalb stark eingreifende operative Eingriffe vermieden werden. Die Abtragung der Wucherungen wo es möglich war und die Incision vereiternder Drüsen scheint jedoch den Verlauf der Krankheit ganz bedeutend abgekürzt zu haben. Wir mussten denn hieraus den folgerichtigen Schluss ziehen und sagen, dass in geeigneten Fällen die kleinen, ungefährlichen Operationen gemacht werden sollten ohne Rücksicht darauf, dass die Krankheit ohne Behandlung auch abheilt.

Aetiologie.

Parinaud selbst kam aus der Beschäftigung und den Wohnungsverhältnissen der Kranken zu der Ansicht, dass es sich bei dieser Krankheit um eine tierische Infektion handelt. Aus sämtlichen hier angeführten Fällen einen Schluss in dieser Hinsicht gezogen, müssen wir sagen, dass eine tierische Infektion vorläufig nicht anzunehmen ist, bis spätere bakteriologische, positive und mehrere derselben Beweiskraft bekannt werden. Mikroskopische Befunde sind negativ. Bakteriologische Untersuchungen ergaben in dieser Beziehung keinen Anhaltspunkt. Jeder Autor fand etwas anderes und zum zweiten Male anzuführen, was jeder gefunden haben will, erübrigt sich.

Lebenslauf.

Ich bin geboren zu Kolosomp, Kr. Stahm in Westpreussen. Zuerst besuchte ich das Kgl. Progymnasium in Nenmark, woselbst ich im Jahre 1879 in die Septima eintrat. 1889 ging ich auf die Unterprima nach Strasburg i. W.-Pr. Machte daselbst das Abiturientenexamen am 14. März 1892. Ich studierte in Rostock und Berlin und machte am 14. Februar 1898 in Rostock das Staatsexamen.